



Síndrome de Ramsay Hunt como complicação da Herpes zoster: uma revisão de literatura

Pollyana Menezes Duram de Lima¹, Bruna Araújo Zegas¹, Maria Cecília Vicente Diniz¹, Millena Rodrigues Soares¹, Fábio Alexandre dos Santos Rodrigues², Matheus Lyra Braga da Paz³, Maria Clara de Oliveira Cavalcanti³, Carlos Fernando Rodrigues Guaraná⁴, Francisco Braga da Paz Júnior⁵, Maria Tereza Moura de Oliveira Cavalcanti¹, Ana Cristina Barreto Silveira⁶, Eliana dos Santos Lyra da Paz¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n10p302-313>

Artigo recebido em 26 de Agosto e publicado em 6 de Outubro de 2025

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Introdução: A Herpes zoster é uma doença viral causada pela reativação do vírus Varicela-zoster (VVZ), pertencente à família *Herpesviridae*. A Herpes zoster pode evoluir para várias condições, sendo uma delas a síndrome de Ramsay Hunt (SRH), descrita em 1907 pelo neurologista James Ramsay Hunt. Ela ocorre quando a Herpes zoster afeta o gânglio geniculado sensitivo do nervo facial, comum em pacientes com mais de 50 anos e/ou imunocomprometidos. **Objetivos:** Analisar as evidências atuais sobre a SRH tipo II, abrangendo definição, fisiopatologia, métodos diagnósticos e tratamentos. O intuito é incentivar o debate para melhorar o manejo clínico e beneficiar os pacientes. **Metodologia:** Realizou-se revisão sistemática com descritores na plataforma DeCS. Esses descritores foram aplicados em bases de dados como ResearchGate, BVSALUD, PubMed, SciELO, LILACS, Medline e Google Acadêmico. Foram encontradas 1091 publicações científicas, sendo selecionados 36 artigos após critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Os resultados indicaram que a reativação do VVZ pode ser influenciada por fatores como imunossupressão, estresse físico ou psicológico, e condições como diabetes. A SRH tipo II é a forma mais comum da condição, manifesta-se por paralisia facial ipsilateral e neuralgia severa. O diagnóstico precoce e o tratamento com corticosteroides e antivirais são fundamentais para evitar complicações graves. **Conclusão:** A SRH tipo II é uma complicação que requer atenção clínica imediata para prevenir danos duradouros. Destaca-se a importância do diagnóstico precoce e tratamento medicamentoso. A continuidade dos estudos é crucial para aprimorar o manejo clínico e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Tratamento; Herpes Zoster Geniculado; Síndrome Ramsay Hunt.

Ramsay Hunt syndrome as a complication of Herpes Zoster: a literature revision

ABSTRACT

Introduction: Herpes zoster is a viral disease caused by the reactivation of the Varicella-zoster virus (VZV) and belongs to the Herpesviridae family. Herpes zoster can evolve into various conditions, one of which is Ramsay Hunt Syndrome (RHS), described in 1907 by neurologist James Ramsay Hunt. It occurs when herpes zoster affects the geniculate ganglion of the facial nerve, commonly seen in patients over 50 years old and/or immunocompromised. **Objectives:** Analyze the current evidence about RHS type II, encompassing its definition, pathophysiology, diagnostic methods, and treatment. The goal is to encourage discussion to improve clinical management and provide benefits to patients. **Methodology:** A systematic review was carried out involved searching descriptors on the DeCS platform. These descriptors were applied to databases such as ResearchGate, BVSAUD, PubMed, SciELO, LILACS, Medline, and Google Scholar. 1091 scientific publications were found and 36 articles were selected. **Results:** The results indicated that VZV reactivation can be influenced by immunosuppression, physical or psychological stress, and conditions such as diabetes. RHS type II is the most common form of this condition, manifests itself by ipsilateral facial paralysis and severe neuralgia. Early diagnosis and treatment with corticosteroids and antivirals are crucial to prevent serious complications. **Conclusion:** RHS type II is a complication that requires immediate clinical attention to prevent lasting damage. The importance of early diagnosis and medical treatment is highlighted. Continued studies are crucial to improve clinical management and enhance the quality of life for affected patients.

Keywords: Treatment; Geniculate Herpes Zoster; Ramsay Hunt Syndrome.

Instituição afiliada – Universidade de Pernambuco¹; Faculdade de Medicina de Olinda²; Faculdade Pernambucana de Saúde³, Universidade Federal Rural de Pernambuco⁴, Instituto Federal de Pernambuco⁵, Prefeitura da Cidade do Recife⁶;

Autor correspondente: Fábio Alexandre dos Santos Rodrigues fabioalexandredossantos1@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A Herpes Zoster, conhecida comumente como cobreiro, é uma doença viral e contagiosa, causada pela reativação do vírus Varicela-zoster (VVZ), pertencente a família *Herpesviridae* é também o agente etiológico da catapora. Os principais sinais clínicos da doença são lesões cutâneas, formigamento, febre e dor. A infecção pelo VVZ na condição da Herpes zoster pode ocasionar uma evolução para diversas condições e síndrome, que, dentre elas, pode-se citar a síndrome de Ramsay-Hunt (BROOKS et al., 2018; SHOJI et al., 2021).

Descrita pelo neurologista James Ramsay Hunt em 1907, "Síndrome de Ramsay Hunt" (SRH), é uma infecção viral rara resultante da reativação de infecção latente do vírus Varicela-zoster (VVZ), resultado posteriormente da Herpes Zoster. A SRH é desencadeada, principalmente, se o local afetado pelo Herpes Zoster for o gânglio geniculado sensitivo do nervo facial (CROUCH et al., 2023). Acomete principalmente pacientes acima de 50 anos ou indivíduos imunocomprometidos e pacientes imunocompetentes (HWANG et al., 2023).

Clinicamente, sua apresentação varia de acordo com a extensão do acometimento neural (SONG et al., 2018), como uma erupção vesicular na orelha ou na boca, dor na orelha e até mesmo se apresentar em um quadro de paralisia facial (GOSWANI et al., 2023), as apresentações de encefalite e meningite possuem maior frequência em diabéticos e pacientes com insuficiência renal crônica (HWANG et al., 2023). Os pacientes acometidos pela doença podem ou não desenvolver as condições clínicas duradouras, como a paralisia facial bilateral, condição mais rara, ou a SRH também pode manifestar-se em apenas um dos lados da face, a qual é conhecida por ser o sintoma mais notável devido à assimetria e dificuldade de executar expressões faciais. Além disso, as sequelas podem incluir espasmos musculares, lacrimejamento excessivo, perda auditiva e dificuldades na fala e na mastigação (ALMEIDA et al., 2020; GRAHN; STUDAHL, 2015).

Apesar da manifestação clínica mais comum da Herpes Zoster ser a presença de vesículas herpéticas ao redor da boca, faz-se necessário entender acerca do acometimento duradouro da SRH em indivíduos afetados pelo vírus, pois a paralisia facial traz não só problemas funcionais, como também contratemplos estéticos e psicológicos. Outrossim, é válido ressaltar que mesmo a perda da audição sendo uma consequência muito prevalente da Herpes Zoster, ainda assim tal consequência é menos comum que a paralisia facial, tornando assim evidente a necessidade de entender com maior precisão os frutos da síndrome de Ramsay Hunt ocasionada pela Herpes Zoster (MALHOTRA et al., 2022).

A SRH possui três tipos de formas de apresentação, podendo ser classificada em tipo I, tipo II e tipo III. A SRH tipo I é uma síndrome que se caracteriza por ser cerebelosa, tendo pouca frequência, a qual causa a degeneração do cerebelo e conduz a ataxia, convulsões, mioclonias e tremores. A SRH tipo II, ou herpes zoster ótico, é a manifestação mais comum entre os três tipos, e a que também será foco do presente estudo. A SRH tipo III, ou a doença de Hunt, pode ser descrita como uma neuropatia do nervo cubital (BECERRA-MEJÍA et al., 2021).

Diante da relevância clínica, este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão de literatura acerca da definição, causas, consequências, fisiopatologia, métodos

diagnósticos e tratamento para a síndrome de Ramsay Hunt tipo II, visando otimizar o manejo clínico e contribuir para aumentar a qualidade de vida dos pacientes

METODOLOGIA

A elaboração deste artigo foi baseada em uma revisão sistemática por meio da busca de descritores relacionados ao tema, na plataforma DeCS. As palavras-chave utilizadas foram: *tratamento, herpes zoster geniculado e herpes zoster síndrome ramsay hunt* combinados com operadores booleanos AND e OR. Posteriormente, esses descritores, foram utilizados na pesquisa dos artigos publicados utilizados em pesquisa nas seguintes bases: ResearchGate, BVSsalud, PubMed, SciELO, LILACS, Medline.

Após a busca inicial, foi realizada a avaliação crítica dos estudos selecionados, com a leitura e a análise dos resumos dos estudos escolhidos. Foram aplicados como critérios de inclusão, os artigos no idioma Inglês, Espanhol e Português, publicados nos últimos 15 anos, com acesso aberto nas bases de dados e pertinência ao tema. Na sequência, foram aplicados. Após a triagem inicial, a etapa seguinte consistiu na leitura integral dos artigos, descartando aqueles que continham tangenciamento do eixo temático ou não apresentavam confirmação das hipóteses diagnósticas, pois consistiam apenas em casos clínicos e/ou relatos de casos. Os selecionados de forma efetiva para a revisão, foram escolhidos por se encaixarem no tema, sem tangenciamento, e apresentarem evidências completas e bem explicadas.

Como resultado desse processo, chegou-se ao conjunto de artigos utilizados efetivamente para compor esta revisão, cuja distribuição pode ser observada no quadro a seguir, que sintetiza as etapas de seleção em cada base de dados consultada.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos por base de dados consultada

Base de Dados	Total de Artigos Encontrados	Pré-selecionados	Utilizados Efetivamente
BVSsalud	217	25	7
PubMed	72	17	21
SciELO	3	2	2
LILACS	45	12	4
Medline	754	18	2
Total	1.091	84	36

Fonte: Autores (2025)

Para análise dos artigos selecionados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2017), baseado nas fases de pré-análise, sondagem do conteúdo inicial e discussão dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O vírus Varicela-zoster (VVZ), membro da família do vírus do herpes humano, é adquirido por meio da varicela em uma infecção primária. Após os sintomas clínicos agudos desaparecerem, o vírus permanece em latência nos tecidos nervosos. Trata-se de um vírus de DNA de fita dupla que pode ser reativado por diferentes condições patológicas, como imunossupressão, diabetes ou qualquer tipo de estresse psicológico ou físico (GOSWANI et al., 2023). O principal local de dormência do vírus são os gânglios dos nervos centrais e periféricos, e quando atinge SNC pode se alojar nos gânglios dos nervos cranianos, principalmente nos nervos facial (NVII), trigêmeo (NV) e vestibulococlear (NVIII) (CROUCH et al., 2023).

A Síndrome de Ramsay-Hunt (SRH) é uma consequência da reincidência desse período de latência, mas ainda não tem uma causa definida. Assim como a SRH, a paralisia de Bell também é citada como uma patologia consequência desse mecanismo. Em ambos os casos, algum tipo de “gatilho” favorece a saída do vírus do período de latência, causando complicações neurológicas como paralisia facial ipsilateral e neuralgia grave (STORNAIUOLO et al, 2023).

A SRH é a condição de associação da paralisia facial com a erupção de vesículas no ouvido externo, resultante da instalação do vírus Varicela-Zoster no gânglio geniculado do nervo facial (NVII). Esse gânglio, localizado acima do ouvido interno, entre a cóclea e o vestíbulo, e, devido a sua localização, o vírus pode acometer o nervo facial (NVII) e o nervo vestibulococlear (NVIII). Quando há reincidência do VVZ, o gânglio geniculado pode emitir essa neurite em direção a esses dois nervos, por isso a incidência de vesículas no ouvido externo, otalgia e paresia facial ipsilateral em pacientes que apresentam a síndrome de Ramsay-Hunt. Tal condição pode ter o envolvimento de outros pares de nervos cranianos como o V, IX, X, XI e XII, entretanto esse acometimento ocorre com menor frequência, conforme descrito por Moore (2023).

A síndrome de Ramsay-Hunt é responsável por 1% dos casos de Herpes zoster e 10 a 12% das paralisias faciais agudas não traumáticas (STORNAIUOLO et al, 2023). A apresentação clínica inicial se manifesta com dor na orelha ipsilateral em mais de 50% dos pacientes, com paralisia facial antecedendo às vesículas em cerca de 20% dos casos, o contrário somente 2%. As vesículas surgem principalmente na orelha com incidência em cerca de 80% dos casos, embora existam relatos somente na cavidade oral e em ambos, tanto na orelha quanto na cavidade oral (7%) (CROUCH et al., 2023). Ao exame microscópico, as vesículas apresentam gigantócitos multinucleados e a identificação do VVZ é feita por reação da cadeia da polimerase (PCR) ou ensaio sorológico por meio da amostra desse fluido. A confirmação do diagnóstico por VVZ é vista a partir do aumento de anticorpos e o diagnóstico diferencial, excluindo condições semelhantes como paralisia de Bell e Neuralgia pós-herpética (GONDIVKAR et al., 2010).

Entretanto, apesar da clínica desta condição, a síndrome tem aspectos multissintomáticos que apresentam certa diversidade com relação às suas características clínicas. Há relatos de bilateralidade da paralisia facial, manifestações orais com lesões nos lábios, palato mole e palato duro, neuropatia craniana múltipla, perda da audição, paralisia facial sem apresentação de vesículas e meningite do VVZ (Mustelier-Gutierrez et al., 2020). A SHR tem pior desenvolvimento clínico de recuperação, com 30% dos pacientes que não recuperam totalmente sua função facial, em comparação com a paralisia de Bell, com 10%. Nos casos de pacientes imunocomprometidos, a maioria é de acometimento da SRH, principalmente em

diabéticos, pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, idosos que tiveram varicela na infância e indivíduos com Parkinson e Alzheimer. (MONSANTO et al., 2016).

Apesar de vesículas associadas à paralisia facial serem menos frequentes, o diagnóstico diferencial pode ser feito para paralisia de Bell, pois em alguns casos não aparecem as vesículas. Além de Bell, diagnóstico para Herpes Zoster simples, impetigo estafilocócico, dermatite de contato, doença de Lyme, tumores de base de crânio, doenças otológicas, processos alérgicos e autoimunes, além de derrames são considerados na hora de investigar a SRH. (CROUCH et al., 2023). As sequelas incluem neuralgia pós-herpética, paralisia facial a longo prazo, ansiedade social e depressão devido ao comprometimento da face e sincinesia, que são contrações involuntárias dos músculos de característica voluntária, como os da face.

A incidência dos grupos de imunocomprometidos é alta em relação aos imunocompetentes, entretanto há relatos de casos de pacientes hígidos que desenvolveram a síndrome após o contato com o vírus, não necessariamente passando por um processo de imunocomprometimento, como uma antibioticoterapia. Nesses casos, os pacientes relataram dor de cabeça devido a condição de meningite do VVZ, e em sequência piora do caso com paralisia facial, otalgia e perda da audição (HWANG et al., 2023). Há também relato de bilateralidade da paralisia facial relacionada à SRH, como a Herpes zoster bilateral (HZB) que levou a SRH em um paciente imunocompetente de 55 anos, o qual relatou eritemas e vesículas bolhosas em ambos os lados do rosto, assimetria facial bilateral e exsudato no ouvido esquerdo após o aparecimento da paralisia. (DAI et al., 2020).

As manifestações clínicas da Herpes Zoster variam conforme onde o vírus é reativado nas estruturas neuronais. As lesões orais podem surgir na mucosa móvel ou aderida quando o nervo trigêmeo está envolvido, sendo que a divisão mandibular do nervo trigêmeo geralmente é afetada, enquanto as divisões oftálmica e maxilar raramente são envolvidas. (GUIMARÃES et al., 2021). Existem formas atípicas da doença documentadas, levando pacientes a buscar tratamento odontológico devido ao aparecimento predominante de manifestações dentárias. As lesões orais geralmente são unilaterais e podem se estender até a linha média, com pequenas vesículas que se ulceram rapidamente e formam úlceras superficiais dolorosas. Os locais mais comuns de lesão são os dois terços anteriores da língua, os lábios, as bochechas, palato duro e palato mole (BECERRA-MEJÍA et al, 2021).

Com base nos artigos analisados, as manifestações orais mais comuns concomitantes à síndrome de Ramsay Hunt são erupções cutâneas vesiculares dolorosas no lábio inferior, dorso e face lateral da língua. Além disso, apresentam-se lesões na mucosa palatina e alguns poucos casos de dor odontogênica. Casos de reativação viral durante procedimentos odontológicos como tratamento de cáries, canal radicular e extrações dentárias foram relatados na literatura, especialmente em pacientes imunocomprometidos ou com patologias hematológicas malignas, como leucemia ou linfoma (MUSTELIER-GUTIERREZ et al., 2020). Complicações adicionais podem levar à necrose e reabsorção radicular dos dentes quando englobam o envolvimento das divisões maxilar ou mandibular do nervo trigêmeo (GUIMARÃES et al., 2021).

O VVZ tem uma grande capacidade de associação com outras patologias, como as patologias virais, a exemplo o Covid-19. O SARS-CoV-2, causador da síndrome respiratória aguda grave, foi recentemente vinculado à infecção com Herpes Zoster (ALGAADI et al., 2022). Com base em evidências limitadas da época, a coinfeção de

Covid-19 com VVZ ou a reativação do VVZ após a vacinação contra Covid-19 foi relatada esporadicamente (ALMUTAIRI et al., 2022).

Um estudo realizado no Hospital Farwaniya, Kuwait, acompanhou um determinado quantitativo de pacientes diagnosticados com HZ, entre março de 2020 e julho de 2021. Tal estudo documentou pacientes com teste PCR positivo para Covid-19 ou vacinados contra SARS-CoV-2. No estudo, 12 casos de Covid-19 com PCR positivo (grupo 1) e cinco casos vacinados (grupo 2) foram registrados. No grupo 1, dois pacientes (16,67%) precisaram de hospitalização e 10 apresentaram linfopenia leve/moderada. Quatro desses pacientes foram diagnosticados com HZ na primeira semana de Covid-19, enquanto os outros oito foram diagnosticados em até oito semanas. As áreas afetadas incluíram segmentos torácicos (41,67%), cervicais (8,33%), cranianos (16,67%), lombares (25%) e sacrais (8,33%). No grupo 2, três pacientes apresentaram HZ quatro semanas após a primeira dose da vacina e dois após a segunda dose. Exames de sangue para esses pacientes não mostraram anormalidades. Segmentos cervicais foram afetados em dois pacientes (40%) e os segmentos craniano, torácico e lombar nos pacientes restantes, respectivamente (20%). Especialistas ficaram atentos ao aumento do risco de HZ durante a pandemia de Covid-19 e recomendaram medidas preventivas e curativas adequadas (ALMUTAIRI et al., 2022).

Outros estudos foram realizados com intuito de identificar o risco a longo prazo de Herpes Zoster após a recuperação da infecção por SARS-CoV-2. Um estudo de coorte retrospectivo, dados da rede TriNetX, avaliou o risco de herpes zoster (HZ) em 1.221.343 pacientes com e sem Covid-19 ao longo de um ano. Foi observado que pacientes com Covid-19 tinham um risco significativamente maior de desenvolver HZ (HR: 1,59; IC de 95%: 1,49-1,69) e seus subtipos, incluindo HZ oftálmico, zoster disseminado, zoster com outras complicações e zoster sem complicações. As análises indicaram que esse risco elevado permaneceu constante independentemente do status vacinal, idade ou sexo. A necessidade de monitoramento de pacientes que tiveram Covid-19 e o possível benefício da vacina contra HZ nessa população (CHEY et al., 2023).

Com a evolução da área da saúde, principalmente no melhoramento das práticas terapêuticas, tornou-se cada vez mais eficaz o tratamento de diversas condições patológicas, o que não foi diferente no manejo de tratamento da HZ e da SRH. O tratamento atual da SHR envolve a utilização de terapias duplas que combinam corticosteroides com medicamentos antivirais. Estudos têm mostrado que iniciar o tratamento precocemente melhora o prognóstico e diminui a ocorrência de complicações. O prognóstico desta condição é menos favorável em comparação com doenças menos graves que afetam o nervo facial, como a paralisia de Bell, e é influenciado por diversos fatores, incluindo o início rápido do tratamento, a idade do paciente e a presença de outras doenças. (BECERRA-MEJÍA et al., 2021).

Normalmente, a Herpes Zoster envolve sozinho, então os objetivos do tratamento são principalmente reduzir a ocorrência de complicações como paralisia facial e neuralgia pós-herpética, proporcionar alívio imediato da dor e inflamação, e prevenir danos à córnea do lado afetado, uma vez que o paciente pode ter dificuldade para fechar o olho. Para esses casos, pomadas oculares, lágrimas artificiais e o uso de um tapa-olho têm sido úteis para manter o olho lubrificado. Clinicamente, tem sido observado ao longo dos anos que o tratamento precoce e um bom prognóstico ajudam a prevenir a neuralgia pós-herpética, especialmente porque a população idosa é mais suscetível por ser imunocomprometida; portanto, uma abordagem agressiva é recomendada para o

tratamento. A capsaicina é aprovada pela FDA dos Estados Unidos para tratar a dor neuropática associada à neuralgia pós-herpética. Diversos estudos mostraram que antivirais orais e esteroides reduzem efetivamente as complicações tardias, embora ainda não esteja claro se esses medicamentos diminuem a gravidade ou a duração da doença. Antivirais como aciclovir, valaciclovir e famciclovir têm se mostrado úteis (GOSWAMI et al., 2023).

O aciclovir 500 mg, administrado cinco vezes ao dia, é a opção mais acessível. O valaciclovir é administrado 1000 mg três vezes ao dia e é mais eficaz na paralisia de Bell. O famciclovir, administrado 500 mg três vezes ao dia, é conhecido por ser mais eficaz do que o aciclovir e é uma opção acessível. O tratamento geralmente dura de uma semana a 10 dias. No entanto, como foi relatado em alguns casos que a degeneração tardia do axônio do nervo facial pode levar até três semanas, a terapia antiviral é recomendada até que se alcance um período determinado. A eficácia do tratamento antiviral é discutível no caso da paresia do nervo craniano.

Corticosteroides são administrados em altas doses, geralmente por três semanas. A prednisona oral 60 mg é administrada diariamente durante três semanas, sendo então reduzida gradualmente para evitar complicações adrenais agudas. Sabe-se que os corticosteroides têm vários efeitos colaterais, sobre os quais o médico deve informar o paciente ao longo do tratamento, incluindo irritabilidade, refluxo gástrico, insônia e hiperglicemia. Os corticosteroides são valiosos para aliviar o edema e descomprimir as estruturas neurogênicas presentes no canal do nervo facial no osso petroso. Kinishi conduziu uma terapia combinada de antiviral e corticosteroide em 91 pacientes, dos quais três quartos mostraram sinais promissores de recuperação da sensibilidade nervosa. Quando ele administrou apenas corticosteroides a 47 pacientes, 53% mostraram sinais encorajadores de recuperação, um número significativamente menor do que a terapia combinada antiviral-corticosteroide (GOSWAMI et al., 2023).

O estudo de Uscategui contraria as conclusões de outros pesquisadores. Vale destacar que diabéticos que tomam medicamentos hipoglicemiantes precisam ajustar seu tratamento para tolerar altas doses de corticosteroides. Mesmo quando iniciado com um atraso de até sete dias, o tratamento ainda foi eficaz em pacientes que não procuraram ajuda médica imediatamente. Ensaio clínico randomizado e controlado demonstraram que a combinação de prednisona e aciclovir melhora o prognóstico geral. Alternativas terapêuticas como descompressão microvascular e rizotomia foram deixadas de lado para casos de neuralgia resistente (GOSWAMI et al., 2023).

O tratamento busca aliviar dor e erupções cutâneas. Carbamazepina previne convulsões; anticolinérgicos e anti-histamínicos controlam vertigem; diazepam reduz dor e tontura, sendo usados apenas conforme os sintomas. Pacientes com hipertensão, diabetes, idade avançada ou imunossupressão devem ter cuidado, pois podem se recuperar mais lentamente, devendo manter a pálpebra pesada para proteger o olho e evitar ceratopatia. Procedimentos cirúrgicos não são indicados. A prevenção do VZV é feita com vacina contra varicela na infância ou, a partir dos 50 anos, com a vacina contra herpes zoster, ambas altamente eficazes (GOSWAMI et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome de Ramsay Hunt (SRH), considerada rara, é em decorrência da reativação do vírus Varicela-zoster (VVZ), causador da Herpes zoster. A SRH afeta nervos que causam paralisia e erupção cutânea localizada no lado doente, principalmente o nervo facial (NVII), em que afeta apenas a periferia, e não toda a face.

Além disso, a reativação do VVZ é uma ocorrência em pessoas imunocomprometidas, idosos com muitas comorbidades e em pacientes com Covid-19, aplicando-se também aqueles casos ligeiros e assintomáticos. Observa-se, diante disso, os riscos da reativação do VVZ em pessoas que tiveram a Covid-19 e o desenvolvimento de uma possível SRH.

O diagnóstico e tratamento precoce, dentro de 72 horas, é fundamental para garantir os melhores resultados e prevenir futuras complicações e efeitos colaterais a longo prazo, como a neuralgia pós-herpética, cicatrizes desagradáveis e alterações pigmentares. São utilizados corticosteroides, como a prednisona, e medicamentos antivirais, como aciclovir, famciclovir e valaciclovir, de forma associada, evitando, assim, danos prolongados e aliviando as dores do paciente. Vale ressaltar que os procedimentos cirúrgicos não são recomendados para pacientes com a SRH, visto que os pacientes tratados mostram sinais de recuperação dentro de três a sete dias, recuperando-se completamente da SRH.

Os métodos de diagnóstico utilizados são a avaliação clínica dos sinais e sintomas da SRH, além dos achados em esfregaço sanguíneo pelo aumento de gigantócitos com multinucleação, há também o aumento de anticorpos. Ademais, a prevenção do VVZ ocorre através da administração da vacina contra varicela, principalmente na infância ou em adultos acima de 50 anos de idade, a fim de evitar a infecção causadora da SRH. Portanto, evidencia-se que a detecção da síndrome de Ramsay-Hunt nos seus estágios iniciais é de extrema importância para a minimização das sequelas possíveis e melhorar o manejo clínico do paciente, além de destacar de forma elucidativa as possíveis complicações

REFERÊNCIAS

1. ALGAADI SA. Herpes zoster and COVID-19 infection: a coincidence or a causal relationship? *Infection*. 2022 Apr;50(2):289-293. doi: 10.1007/s15010-021-01714-6. Epub 2021 Nov 22. PMID: 34807403; PMCID: PMC8607065.
2. Almutairi N, Almutairi AN, Almazyad M, Alwazzan S. Herpes zoster in the era of COVID 19: A prospective observational study to probe the association of herpes zoster with COVID 19 infection and vaccination. *Dermatol Ther*. 2022 Jul;35(7):e15521. doi: 10.1111/dth.15521. Epub 2022 Apr 29. PMID: 35434963; PMCID: PMC9111648.
3. ANTONESCU, F. et al. Zoster Cranial Polyneuropathy in a COVID-19 Patient. *American Journal of Case Reports*, v. 22, 19 out. 2021.
4. BARROS, M. S. et al. Herpes zoster com complicações em pacientes idosos. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. e208101018654–e208101018654, 8 ago. 2021.
5. BECERRA-MEJÍA, D., Roa-Gómez, J. D. ., Mendoza-Durán, L. D. ., Morales- Núñez, M. A., & Ramos-Villegas, Y. . (2021). Síndrome de Ramsay Hunt: revisão narrativa. *ACTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA & CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO*, 49(1), 63 - 71. <https://doi.org/10.37076/acorl.v49i1.522>.



6. BROOKS JK, Rostami AM, McCorkle DC, Benesh SI. Trigeminal herpes zoster and Ramsay Hunt syndrome in an elderly adult: Presentation with prodromal toothache. *Gerodontology*. 2018 Sep;35(3):276-278. doi: 10.1111/ger.12340. PMID: 30465330.
7. CÁSSIA, L. et al. Síndrome de Ramsay Hunt e neuralgia pós-herpética como complicações de Herpes Zóster: relato de caso. v. 5, n. 6, p. 22458–22473, 10 nov. 2022.
8. Chen YC, Ho CH, Liu TH, Wu JY, Huang PY, Tsai YW, Lai CC. Long-term risk of herpes zoster following COVID-19: A retrospective cohort study of 2 442 686 patients. *J Med Virol*. 2023 Apr;95(4):e28745. doi: 10.1002/jmv.28745. Erratum in: *J Med Virol*. 2023 Jul;95(7):e28944. doi: 10.1002/jmv.28944. PMID: 37185849.
9. Crouch AE, Hohman MH, Moody MP, et al. Ramsay Hunt Syndrome. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557409/#>
10. Dai, S., Huang, X., Chen, Y. et al. Herpes-zoster assimétrico bilateral com síndrome de Ramsay Hunt em um adulto imunocompetente. *Virol J* 17 , 123 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12985-020-01392-0>.
11. Fawziah Marra, Elaine Lo, Viktor Kalashnikov, Kathryn Richardson, Risk of Herpes Zoster in Individuals on Biologics, Disease-Modifying Antirheumatic Drugs, and/or Corticosteroids for Autoimmune Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 3, Issue 4, Fall 2016, ofw205, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw205>.
12. GANESAN, V. Herpes Zoster Infection Involving Mandibular Division of Trigeminal Nerve and Ramsay Hunt Syndrome with Meningitis in an Immunocompetent Patient: A Rare Association. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*, 2016.
13. Ghezta NK, Bhardwaj Y, Ram R, Basi RN. Ramsay Hunt Syndrome: A diagnostic dilemma. *Natl J Maxillofac Surg*. 2022 Aug;13(Suppl 1):S179-S182. doi: 10.4103/njms.NJMS_259_20. Epub 2022 Aug 20. PMID: 36393956; PMCID: PMC9651248.
14. Gondivkar S, Parikh V, Parikh R. Herpes zoster oticus: A rare clinical entity. *Contemp Clin Dent*. 2010 Apr;1(2):127-9. doi: 10.4103/0976-237X.68588. PMID: 22114399; PMCID: PMC3220085.
15. Goswami, Yuktam e Sagar S Gaurkar. Síndrome de Hunt de Ramsay: uma Introdução, Sinais e Sintomas e Tratamento. *Cureus* vol. 15,1 e33688. 12 de Janeiro de 2023, doi:10.7759/cureus.33688.
16. GROSE, C.; SHABAN, A.; FULLERTON, H. J. Common Features Between Stroke Following Varicella in Children and Stroke Following Herpes Zoster in Adults. Springer eBooks, p. 247–272, 1 jan. 2021.
17. GUIMARÃES, F. Como identificar uma manifestação oral de Herpes-Zoster? *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, p. e31610212617–e31610212617, 17 fev. 2021.
18. HSU, P.-Y.; JANG, T.-Y. Hypopharyngeal and Laryngeal Lesions in a Patient with Chickenpox. *Ear, Nose & Throat Journal*, v. 100, n. 10_suppl, p. 1029S1030S, 18 jun. 2020.
19. Hwang, Y.S., Kim, Y.S., Shin, BS. et al. Two cases of Ramsay-Hunt syndrome following varicella zoster viral meningitis in young immunocompetent men: case reports. *BMC Neurol* 23, 43 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12883-023-03074-0>.
20. Malhotra, Ritika et al. Características clínicas e Prognosis de Palsia Facial e Perda Auditiva em pacientes com Síndrome de Ramsay Hunt. *Cureus* vol. 14,10 e30897. 31 de outubro de 2022, doi:10.7759/cureus.30897.
21. Moore, Keith L.; DALLEY, Arthur F.. *Anatomia orientada para a clínica*. 9 Rio De Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2023, 1074 p.
22. Mónica Marcela Macías Ortega¹, Andrea M. Agurcia², Jovanna R. Andrade-Romero². et al. SÍNDROME DE RAMSAY HUNT TIPO II EN MUJER MAYOR DE 90 AÑOS. *Julio - Diciembre 2017*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882722>
23. Monsanto RD, Bittencourt AG, Bobato Neto NJ, Beilke SC, Lorenzetti FT, Salomone R. Treatment and Prognosis of Facial Palsy on Ramsay Hunt Syndrome: Results Based on

- a Review of the Literature. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Oct;20(4):394-400. doi: 10.1055/s-0036-1584267. Epub 2016 May 30. PMID: 27746846; PMCID: PMC5063726.
24. MUSTELIER-GUTIERREZ, Ana Celia; BELON-CALDERIN, Ramona Beatriz; NUNEZ-OLIVERO, Acelia. Síndrome de Ramsay Hunt. Informe de um caso e revisão de la literatura. *Rev. inf. cient., Guantánamo*, v. 99, n. 3, p. 266-273, jun. 2020. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000300266&lng=es&nrm=iso>. acessado em 18 jul. 2024. Epub 14-Sep-2020.
 25. PATIDAR, M. et al. Ramsay hunt syndrome: A diagnostic challenge for general dental practitioners. *Contemporary Clinical Dentistry*, v. 8, n. 2, p. 337, 2017.
 26. SAITOH, H. et al. Viable herpes simplex virus type 1 and varicella-zoster virus in the trigeminal ganglia of human cadavers. *Journal of Medical Virology*, v. 85, n. 5, p. 833–838, 27 fev. 2013.
 27. SEUNG, H.; SIM, W.-S.; ROE, H.-J. Auriculotemporal and greater auricular nerve blocks have roles in patients with Ramsay Hunt syndrome with trigeminal nerve involvement -A report of two cases. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://anesth-pain-med.org/upload/pdf/Apm007-01-04.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2024.
 28. Shoji H, Mizoguchi M, Yamamoto S, Abe T, Oguri S, Baba M. [Herpes zoster duplex associated with Ramsay Hunt syndrome and cervical zoster paresis. A case report]. *Rinsho Shinkeigaku.* 2021 Jan 29;61(1):39-42. Japanese. doi: 10.5692/clinicalneuro.ln-001526. Epub 2020 Dec 15. PMID: 33328423.
 29. Singh G, Subhalakshmi V, Balasubramanian S, Patidar M, Ealla KKR. Ramsay Hunt Syndrome: A Diagnostic Challenge for General Dental Practitioners. *Contemp Clin Dent.* 2017 Apr-Jun;8(2):337-339. doi: 10.4103/ccd.ccd_1099_16. PMID: 28839425; PMCID: PMC5551344.
 30. SINHA, R. et al. Clinical and Epidemiological Profile of Herpes Zoster and Its Complications in a Tertiary Care Center of Bihar: A Prospective Study. *Cureus*, v. 15, n. 8, p. e43560, 1 ago. 2023.
 31. SOCCOL BERARDIN, B. et al. Síndrome de Ramsay Hunt: Relato de Caso. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 37, 2008.
 32. Stornaiuolo A, Iodice R, De Simone R, Russo C, Rubino M, Braca S, Miele A, Tozza S, Nolano M, Manganelli F. Multiple cranial neuropathy due to varicella zoster virus reactivation without vesicular rash: a challenging diagnosis. *Neurol Sci.* 2023 Oct;44(10):3687-3689. doi: 10.1007/s10072-023-06833-6. Epub 2023 May 9. PMID: 37156980; PMCID: PMC10495477.
 33. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, Dahal S, Kumar H, Kv D. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J.* 2020 Dec;96(1142):753-758. doi: 10.1136/postgradmedj-2020-138234. Epub 2020 Jun 20. PMID: 32563999; PMCID: PMC10016932.
 34. VALERIO, Enrico et al. Ramsay Hunt Syndrome. *Pediatric Neurology*, v. 52, n. 5, p. 554-555, 2015.
 35. Vargas, I. C. et al. Síndrome de Ramsay Hunt: uma abordagem diagnóstica, evolução clínica e revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 5, p. 21447–21455, 16 set. 2023.
 36. Vista de Síndrome de Ramsay Hunt: revisión narrativa. Disponível em: <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl/article/view/522/491>. Acesso em: 22 jul. 2024